

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 14 stycznia 2013 r., W. R. wniósł o zasądzenie na swoją rzecz, od pozwanego – (...) Szpitala (...) w Z., kwoty 74.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, tytułem zadośćuczynienia, za doznaną krzywdę w związku z zakażeniem bakteryjnym do którego miało dojść podczas leczenia powoda w (...) Szpitalu (...) w Z., oraz kwoty 6.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od daty wytoczenia powództwa do dnia zapłaty, tytułem odszkodowania, na które składają się, poniesione w związku zakażeniem bakteryjnym koszty: opieki osób trzecich oraz prywatnych wizyt lekarskich i badań.

Nadto powód wniósł też o zasądzenie od pozwanego kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

/pozew k. 2 – 5/

Postanowieniem z dnia 21 stycznia 2013 r., powód został zwolniony od kosztów sądowych ponad 200 zł każdorazowej należności.

/postanowienie, k. 77/

Pozew został doręczony stronie pozwanej w dniu 6 marca 2013 r.

/zwrotne poświadczenie odbioru, k. 84/

W odpowiedzi na pozew, pozwany – (...)Szpital (...) w Z., nie uznał wytoczonego powództwa oraz wniósł o jego oddalenie oraz o zwrot kosztów procesu według norm przepisanych.

Pozwany wniósł również o zawiadomienie o toczącym się postępowaniu (...) Spółki Akcyjnej w W., w celu wstąpienia ubezpieczyciela do sprawy w charakterze interwenienta ubocznego po stronie pozwanej, wskazując, że pozwany zawarł z tymże ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności – udzielania przez pozwanego świadczeń zdrowotnych.

Pozwany zaprzeczył twierdzeniom pozwu, jakoby podczas pobytu powoda w (...) Szpitalu (...) w Z. – doszło do jego zakażenia bakterią gronkowca.

Nadto, zgłosił zarzut przedawnienia roszczeń powoda, motywując powyższe tym, że powód dowiedział się o zakażeniu gronkowcem (stosownie do twierdzeń pozwu) w dniu 10.02.2009 r. z wyniku badania przeprowadzonego w laboratorium szpitala (...)w Ł.. Zgodnie zaś z treścią art. 442⁽¹⁾ § 1 k.c., roszczenie o naprawienie szkody przedawnia się z upływem 3 lat od dnia dowiedzenia się o szkodzie i osobie odpowiedzialnej za szkodę, przy czym termin ten może być dłuższy niż 10 lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Ponadto, zgodnie z § 3 w/w przepisu, w razie wyrządzenia szkody na osobie, przedawnienie nie może się skończyć wcześniej niż z upływem trzech lat od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i osobie zobowiązanej do jej naprawienia. W ocenie pozwanego roszczenie jest przedawnione bez względu na to, czy § 3 ww. przepisu uzupełnia normę szkód na osobie .

/odpowiedź na pozew, k. 85-87/

Pismem z dnia 8 maja 2013 r., (...) Spółka Akcyjna w W., oświadczył, iż nie wstępuje do procesu w charakterze interwenienta ubocznego.

/pismo (...) SA, k. 171/

Na rozprawie w dniu 16 maja 2013 r., strony zajęły stanowisko jak dotychczas. Jednocześnie strona powodowa wniosła o nieuwzględnienie zarzutu przedawnienia, powołując się na zasady współzycia społecznego i sposób zachowania

pozwanego, który miał dezinformować powoda, co do rzeczywistych przyczyn konieczności wykonywania kolejnych zabiegów medycznych czyszczenia rany.

Strona pozwana zarzut przedawnienia – podtrzymała,

/stanowiska stron, protokół rozprawy z dnia 16 maja 2013 r., k. 187, 188 – 188v/

Pismem z dnia 2 kwietnia 2015 r., powód rozszerzył żądanie pozwu, wnosząc o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz:

1) kwoty 120.000 zł tytułem zadośćuczynienia wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 74.000 zł od dnia 14 stycznia 2013 roku do dnia zapłaty;
- 46.000 zł od doręczenie stronie pozwanej pisma rozszerzającego powództwo do dnia zapłaty;

1) kwoty 6.000 zł tytułem odszkodowania z ustawowymi odsetkami od daty wytoczenia powództwa do dnia zapłaty;

Nadto powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności za skutki zakażenia bakterią gronkowca na przyszłość.

/pismo powoda z dnia 2 kwietnia 2015 r., k. 436/

Pismem z dnia 25 stycznia 2016 r., powód ponownie rozszerzył żądanie pozwu, w zakresie zadośćuczynienia za doznaną szkodę, wnosząc o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz z tego tytułu kwoty 200.000 zł, wraz z ustawowymi odsetkami od kwot:

- 74.000 zł od dnia 14 stycznia 2013 roku do dnia zapłaty;
- 46.000 zł od dnia 6 kwietnia 2015 roku do dnia zapłaty;
- 80.000 zł od dnia doręczenie stronie pozwanej tegoż pisma precyzującego roszczenie do dnia zapłaty

Powód podtrzymał żądanie w zakresie odszkodowania, wnosząc o zasądzenie z tego tytułu kwoty 6.000 zł, z ustawowymi odsetkami od daty wytoczenia powództwa do dnia zapłaty;

Nadto powód wniósł o ustalenie odpowiedzialności pozwanego za szkody mogące powstać w przyszłości oraz o zasądzenia od pozwanego na swoją rzecz kosztów procesu w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm prawem przepisanych.

W zakresie podniesionego przez stronę pozwaną zarzutu przedawnienia – powód wniósł o jego nieuwzględnienie. Wskazał, iż o fakcie zakażenia, dowiedział się po wykonaniu na własny koszt badania wymazu z rany w 2009 r. Do tego czasu – według twierdzeń powoda - Szpital nie poinformował go o zakażeniu, a nadto swoim działaniem wprowadzał powoda w błąd co do rzeczywistych przyczyn stanu zapalnego kości. Świadczyć ma o tym treść dokumentacji medycznej, wyniki badań – posiewy oraz wpis z dnia 26 lutego 2009 roku – „zaburzenia zrostu nasady dalszej kości piszczelowej prawej, odczyn zapalny z zakażeniem i przetoką zastosowaniu przeszczepu kostnego w okolicy nasady dalszej kości piszczelowej prawej z powodu skomplikowanego wieloodłamowego złamania.

Według strony powodowej, zarzut przedawnienia roszczeń nie zasługuje na uwzględnienie w oparciu o treść art. 5 k. c.

/pismo procesowe powoda z dnia 25 stycznia 2016 r., k. 503 – 504/

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny,

W dniu 21 października 2007 r., po upadku z drabiny, powód – W. R. został przyjęty na Oddział (...) Wojewódzkiego Szpitala (...) w Z., gdzie rozpoznano u niego wieloodłamowe złamanie nasady dalszej kości piszczelowej prawej oraz

złamanie kości strzałkowej prawej. Nadto stwierdzono miejscowe zniekształcenie zarysów i obrzęk prawego stawu skokowego oraz otarcia naskórka przedniej powierzchni prawej goleni. Założono wyciąg bezpośredni za prawą kość piętową. Kończynę ułożono w szynie Brauna. Posiew wykonany w dniu przyjęcia powoda do pozwanego Szpitala wykazał mieszaną florę saprofityczną.

W dniu 23 października 2007 r., powodowi wykonano zabieg operacyjny – repozycję krwawą i zespolenie odłamów płytką LCP i prętem Rusha. Po operacji założono unieruchomienie w postaci szyny gipsowej udowo – stopowej.

Wokół rany operacyjnej od 28 października 2007 r. utrzymywał się niewielki odczyn zapalny i wyciek treści surowiczo – krwistej.

W dniu 31 października 2007 r., wykonano posiew, który również wykazał mieszaną florę saprofityczną. Nie ustalono patogenu. Wyhodowano wówczas Mikrokokus Spp oraz 3 kolonie Stafylokokus Spp koagulazoujemny. Ustalono, że jest flora bakteryjna skóry, która skolonizowała ranę. Szpital dysponował wymazem z rany, ale uznano, że preparat mógł być zanieczyszczony. Nie zastosowano profilaktycznego leczenia antybiotykiem.

W dniu 2 listopada 2007 r., nadal u powoda utrzymywał się odczyn zapalny. W dniu 5 listopada 2007 r., zdjęto powodowi szwy.

Posiew wykonany w dniu 7 listopada 2007 r., wykazał mieszaną florę saprofityczną. Wynik badania potwierdził ten wykonany uprzednio. Tym razem była podwójna flora Mikrokokus Spp i 3 kolonie Stafylokokus SSp ujemne. Przyjęto, że jest to bakteria ze skóry, a nie z rany. Lekarz oraz mikrobiolog, który dokonywał badania wymazu uznał wówczas, że nie jest to patogen, tylko flora która zakaża. Nie zastosowano antybiotykoterapii.

W dniu 10 listopada 2007 r., oczyszczono powodowi ranę w obwodowej części z niewielkiej ilości włókniaka.

W dniu 15 listopada 2007 r., pobrano powodowi wymaz z rany (powód nie był informowany, że wymazy są robione, bo jest zakażony). Wyniki wskazywały na Mikrokokus Spp i dwie kolonie Stafylokokus. Określono, że nie jest koagulazoujemny oraz, że jest to Epidermis. Świadczyło to o kolonizacji bakterii.

Stwierdzono wówczas, że wyniki są czyste – a bakteria to taka, jaką każdy posiada na skórze.

Z powodu sączenia się wydzielin, lekarze zdecydowali o zastosowaniu opatrunków VAC – nastąpiło to, w krótkotrwałym znieczuleniu ogólnym dożylnym, w warunkach bloku operacyjnego.

W dniu 12 grudnia 2007 r., został wykonany kolejny zabieg operacyjny: ranę oczyszczono, usunięto dwa druty Kirchnera z kostki przyśrodkowej.

Powód został wypisany w dniu 24 grudnia 2007 r., w stanie dobrym. Stwierdzono wówczas, że rana goi się przez ziarninowanie bez odczynu. Zalecono kontrolę w przychodni ortopedycznej, zakaz obciążania chorej kończyny oraz chodzenie o dwóch kulach łokciowych.

Podczas tego pobytu w szpitalu, lekarz prowadzący informował powoda o sytuacji martwiczej tkanek, nie poinformował go jednak co powoduje tą martwicę.

/dokumentacja medyczna, k. 34 – 37;38 v – 44; 46 – 49v; k. 375-379, wyniki badań, k. 37v., 38, 45; 45v; zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:32:55; 00:41:40, zeznania świadka A. T., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:21:57 – 00:30:21, k. 485 – 485v /

Po wyjściu ze Szpitala powód uczęszczał do poradni mieszczącej się przy Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. na zmiany opatrunku.

/historia choroby, k. 69 -72 /

W dniach 4 do 10 kwietnia 2008 r., powód ponownie przebywał w pozwanej placówce medycznej, gdzie przeszedł zabieg operacyjny usunięcia metalu z kości piszczelowe prawej.

W dniu 7 kwietnia 2008 r., pobrano do badań wymaz z okolic skóry i z rany. Wynik z okolic skóry wskazywał na Mikrokokus Spp i 2 kolonie Stafylokokus Spp ujemny. Wymaz z rany to była 1 kolonia Stafylokokus Spp. W pozwanej placówce medycznej uznano, że nie nastąpiło zakażenie rany. Powód w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości został wypisany do domu, z zaleceniem dalszego leczenia w Poradni (...) oraz zmiany opatrunków co dwa dni.

/dokumentacja medyczna, k. 28-30, 32-33, k. 380; wyniki badania k. 31; zeznania świadka A. T., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:33:51, k. 485v/

Pomiędzy tymi dwoma zabiegami, powód uczęszczał do prywatnego gabinetu lekarskiego, na zabiegi polegające na naświetlaniu rany laserem. Laser obsługiwała osoba z uprawnieniami medycznymi. Po zabiegu – ranę opatrywano.

/zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 16 maja 2013 r., k. 187v w zw. z w zw. z 00:18:14, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r. /

Od 11 grudnia 2008 r. do 6 stycznia 2009 r., powód ponownie przebywał w (...) im.(...)w Z., gdzie przyjęto go z powodu bólów w okolicy stawu skokowego, drętwienia palców i podeszwy stopy oraz bólów mm. łydki prawej w czasie chodzenia.

Stwierdzono wówczas obrzęk goleni i stopy, nadmierne ucieplenie skóry w okolicy stawu skokowego i jej nieznaczne zaczerwienienie, otwartą przetokę o średnicy ok. 1,5 cm o białych brzegach i śluzowo-ropnej wydzielinie. Stwierdzono również zanik mięśni uda i skrócenie prawej kończyny dolnej o ok. 1,5 cm, skoliozę funkcjonalną odcinka lędźwiowego, śladowe ograniczenie rotacji biodra. Po zastosowanym leczeniu przetoka zmniejszyła się do <0,5 cm. Nie uzyskano poprawy zakresu ruchomości.

W dniu 22 grudnia 2008 r., wykonano powodowi badanie TK prawej kończyny dolnej. Wykryte na skutek badania zmiany określono jako niemalże całkowite zniszczenie dalszej nasady prawej kości piszczelowej, w mniejszym stopniu strzałkowej i skokowej w przebiegu zapalenia kości z licznymi martwakami i ropniem w tkankach miękkich.

/wyniki badania TK kończyny prawej dolnej k. 68; karta informacyjna, k. 58;/

W trakcie pobytu w pozwanym szpitalu, w 2009 r., pobrano z rany powoda wymaz. Powód poprosił wówczas o drugą próbkę dla siebie. Próbka ta – została zawieziona przez partnerkę powoda, do przebadania do Wojewódzkiego Szpitala (...) (...)w Ł..

/zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 26 listopada 2015 r., 00:10:38, k. 489v, w zw. z 00:18:14, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r. /

W dniu 13 lutego 2009 r., w (...) Szpitalu (...) im. (...)w Ł., wykonano powodowi badanie bakteriologiczne wymazu z przetoki. Wynik badania był dodatni. Wyhodowano Staphylococcus epidermidis, szczep metycylinooporny – oporny in vivo na wszystkie antybiotyki betalajtamowe (gronkowiec naskórkowy metycylinooporny). Gronkowiec ten był wrażliwy na Ciprofloksacynę.

/wynik badania, k. 55; ustna opinia uzupełniająca biegłej A. M., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 01:04:12, k. 486 /

Powód ponownie przebywał w (...) im. (...)w Z. od 25 lutego 2009 r., do 26 marca 2009 r. Został on przyjęty celem przygotowania do zabiegu operacyjnego wycięcia przetoki i oczyszczenia. Powoda przyjmował świadek P. D.. Powód wówczas okazał lekarzowi wyniki badania wykonane w Szpitalu im. (...) w Ł.. Lekarz przyjmujący powoda, w ogóle się nie odniósł do okazanego mu wyniku badania, ale przeniósł powoda na izolatkę. Lekarz nie wytłumaczył powodowi dlaczego podjął taką decyzję. Uspokajano powoda, że gronkowiec zawsze występuje na skórze.

W dniu 26 lutego 2009 r., dokonano u powoda wycięcia przetoki z usunięciem niewygojonych przeszczepów kostnych nasady dalszej kości piszczelowej z przepłukaniem i oczyszczeniem powstałego ubytku i uzupełnieniem ubytku biomateriałem. Nadto usunięto tkanki bliznowate i ziarninę zapalną. Po zabiegu rana się otworzyła. Personel medyczny czyścił ranę powoda bez znieczulenia.

W dniu 27 lutego 2009 r., wykonano badanie bakteriologiczne rany, gdzie ponownie wyhodowano „mieszaną florę bakteryjną saprofityczną”. Zastosowano antybiotykoterapię, podano Cyprowal, antybiotyk z grupy Cyprofloksasycyny, zastosowano tym samym właściwe leczenie.

Powoda następnie wypisano do domu, z zaleceniem kontroli w poradni co 3 dni, celem zmiany opatrunku.

/dokumentacja medyczna, k. 12-27; zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 26 listopada 2015 r., 00:10:38, k. 489v, w zw. z 00:18:14, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r.; zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 16 maja 2013 r., k. 187v w zw. z w zw. z 00:18:14, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r. zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 26 listopada 2015 r., 00:13:23, k. 489v, w zw. z 00:18:14, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r.; ustna opinia uzupełniająca biegłej A. M., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 01:04:12, k. 486/

W dniu 28 kwietnia 2009 r. powodowi wykonano badanie NMR prawej kończyny dolnej. Stwierdzono wówczas powietrzną jamę o wielkości 30x24 mm na wysokości szpary stawu skokowego, na której stwierdzono warstwę ziarniny z naciekaniami dalszej nasady kości piszczelowej,

Stwierdzono, że stan zapalny szerzy się na otaczające tkanki, w tym dystalne przyczepy mięśni i tkanki podeszwy stopy.

/wynik badania rezonansu magnetycznego, k. 73/

W dniu 17 lipca 2009 r., w (...) Szpitalu (...) im. (...) w Ł., wykonano powodowi kolejne badanie bakteriologiczne. Wynik badania był dodatni. Wyhodowano *Acinetobacter baumannii*.

/wyniki badania, k. 52/

Kolejne badania bakteriologiczne powoda miały miejsce: w dniu 23 sierpnia 2011 r. (wyhodowano wówczas bakterię gronkowca złocistego metycylinoopornego i *psudomonas aeruginosa*), 19 września 2011 r. (wyhodowano *psudomonas aeruginosa*) oraz 19 lipca 2012 r. (wyhodowano *psudomonas aeruginosa*).

/wyniki badań, k.50, 51, 52, 54/

Powód, w okresach od 19 maja do 3 sierpnia 2010 r. oraz od 10 do 25 marca 2011 r. był leczony w Ośrodku (...).

U powoda wówczas zdiagnozowano przebyte, wieloodłamowe złamanie dalszej nasady prawej kości piszczelowej, złamanie prawej kości strzałkowej, zapalnie kości z przetoką na grzbietowej powierzchni prawej stopy. W wymienionych okresach wykonano 50 zabiegów w komorze hiperbarycznej w warunkach 2,5 ATA. Po okresie leczenia uzyskano poprawę stanu miejscowego, przy czym nadal utrzymywała się przetoka.

W marcu 2011 r., w tym samym ośrodku, u powoda zdiagnozowano trudno gojącą się ranę stopy prawej. Wykonano 30 zabiegów w komorze hiperbarycznej w warunkach 2,5 ATA/1,5 h, uzyskano wyraźną poprawę stanu miejscowego.

Zabiegi w komorze hiperbarycznej były refundowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

/karty informacyjne Ośrodka (...), k. 59v – 60; zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:23:29/

Komora hiperbaryczna jest stosowana najczęściej przy zakażeniach bakteriami beztlenowymi. Takich bakterii nie wyhodowano w organizmie powoda, dlatego skuteczność terapii była ograniczona. W sytuacji gdy przetoka jest czynna – powinna być stosowana antybiotykoterapia.

/ustna opinia uzupełniająca biegłego ortopedy A. W., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:10:24, k. 484v/

Powód wymagał oczyszczenia rany – z tego powodu uczęszczał na wizyty do Przychodni, przy (...) Wizyty w przychodni, w trakcie których oczyszczano powodowi ranę, były refundowane w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Początkowo wizyty odbywały się co tydzień, następnie co dwa tygodnie, ostatecznie co miesiąc.

Powód uczęszczał również do prywatnej przychodni mieszczącej się przy ul. (...) w Ł.. Koszt wizyty wiązał się z wydatkiem rzędu 150 zł.

/historia choroby, k. 6367, k. 512; zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:19:54 – 00:23:29; 00:34:56/

W lipcu 2012 r., wykonano powodowi badanie RTG prawego stawu skokowego. Stwierdzono wówczas zmiany pourazowe, pooperacyjne, i pozapalne ze zrostem w stawie skokowym i sklerotyczno – torbielowatą przebudową.

/badanie RTG, k. 74/

Powód dowiedział się o zakażeniu gronkowcem, po zapoznaniu się z wynikami badań przeprowadzonych w Szpitalu im. (...) w Ł., które otrzymał w dniu 13 lutego 2009 r. Sprawdził wówczas wynik badania w Internecie. Nikt ze Szpitala w Z. nie przeprowadzał z powodem rozmowy o tym, skąd ta bakteria się wzięła, ani co nią spowodowało.

/zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:34:56 /

W połowie 2009 r., od lekarza przyjmującego na ul. (...) powód dowiedział się, że jest to zakażenie szpitalne.

/zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:41:40/

Powód we własnym zakresie, dwukrotnie pobierał sesję VAC-a, celem oczyszczenia rany (na bloku operacyjnym zakładano opatrunek, wysysano martwe tkanki i rana była oczyszczana pod ciśnieniem). Pierwsza sesja zabiegu kosztowała powoda 2.000 zł, za drugą zapłacił 1.500 zł.

/umowa, k.440; faktura, k. 439' zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:23:29/

Opatrunki VAC stosuje się w przypadkach ran, owrzodzeń, które sączą w sposób przewlekły - opatrunek cały czas odsąca wydzielinę. Był wskazany w przypadku powoda, odsysał wydzielinę. Taki opatrunek zabezpiecza ranę przed infekcjami z zewnątrz. Jednakże, w przypadku powoda, te bakterie już były w kości.

/ustna opinia uzupełniająca biegłego ortopedy A. W. , protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:02:17, k. 484v/

Powód poniósł koszty zakupu leków i środków opatrunkowych. W lipcu 2012 r., był to wydatek ok. 280 zł; w sierpniu 2012 r. – 95 zł; we wrześniu 2012 r. był to wydatek rzędu 25 zł, w październiku 2012 r., ok. 80 zł; w listopadzie 2012 r., ok. 85 zł; w grudniu 2012 r., ok. 106 zł; styczniu 2013 r. - 105,09 zł, w lutym 2013 r., - 52,80 zł.

Nadto powód, w grudniu 2012 r., poniósł koszty szczepionki i antybiogramu, w kwocie 214 zł. W lipcu, sierpniu i październiku 2012 r., powód wykonał na własny koszt badania, co wiązało się z łącznym wydatkiem ok. 250 zł.

/faktury, k. 438, 442-446, k. 441; rachunki, k. 447-448, 450 /

Powód wymagał pomocy osób trzecich przy tzw. samoobsłudze do roku 2009, tj. do trzeciego zabiegu. Po trzecim zabiegu powód był już samodzielny, chodził o jednej kuli (wcześniej przez 3 lata chodził o dwóch kulach).

/zeznania powoda, protokół rozprawy z dnia 15 lutego 2016 r., 00:19:54; 00:34:56/

W Wojewódzkim Szpitalu (...) w Z. w 2007 r., został powołany Komitet ds. kontroli zakażeń. Zgodnie z treścią rocznego sprawozdania z pracy zespołu, w 2007 r., w pozwanym szpitalu zarejestrowano 77 przypadków zakażeń szpitalnych.

/zarządzenie k. 203-209, roczne sprawozdanie z pracy zespołu w roku 2007, k. 210 – 213/

W 2007 r., prowadzono dla personelu szpitala szkolenia. Prowadzone były przez pielęgniarkę epidemiologiczną i przewodniczącego Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych (ustawowo winny być prowadzone przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych).

/tematy szkoleń, k. 232-239/

W wyniku kontroli Sanepidu w pozwanej placówce medycznej, w dniu 18 lipca 2007 r. ustalono: brak dozowników z płynnym mydłem, i zasobników z ręcznikami jednorazowymi na salach chorych.

/protokół kontroli, k. 279-280/

W pozwanej placówce medycznej, na sali ortopedycznej, szafce z pakietami, łóżku - ustalono obecność mieszanej flory bakteryjnej (w takich miejscach mieszanej flory bakteryjnej być nie powinno). Na przedmiotach takich jak: miski, ścierki, stwierdzono obecność bardzo niedobrego szczepu zakażającego (*enterococcus faecalis*). Na umywalce czystej w gipsowni stwierdzono bakterie zakażające – patogeny (nie są one bakteriami kolonizującymi).

Na poręczy w korytarzu wyhodowano gronkowca metycylineoopornego.

Obecność wyników badań czystościowych – świadczy o tym, że patogeny w szpitalu musiały występować.

/wyniki badań czystościowych, k. 261, ustna opinia uzupełniająca biegłej A. M., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 01:12:56, k. 486, 01:17:37, k. 486 – 486v/

Zakażenia szpitalne bakteryjne są nieodłącznym czynnikiem ryzyka związanym z rozwojem nauk medycznych, szczególnie zaś ze zwiększeniem się zakresu i rozległości zabiegów chirurgicznych, rozszerzeniem inwazyjnych metod diagnostycznych oraz stosowaniem trudnej do wyjałowienia aparatury mającej bezpośredni kontakt z tkankami chorego. Zakażenia te występują we wszystkich placówkach służby zdrowia o różnym profilu na całym świecie, szczególnie często na oddziałach hematologicznych, intensywnej terapii, onkologicznych, neonatologicznych itd. W Polsce ich wielkość kształtuje się od zera nawet do kilkudziesięciu procent, co jednakże świadczy źle o systemie monitorowania zakażeń szpitalnych (badania w tym zakresie są jednak skąpe i fragmentaryczne).

Całkowite wyeliminowanie zakażeń szpitalnych jest niemożliwe jednakże dążenie do ograniczenia ich liczby należy do podstawowych etycznych i zawodowych obowiązków kierownictwa i personelu służby zdrowia. Do najczęstszych bakteryjnych czynników etiologicznych zakażeń szpitalnych należą gronkowce. Gronkowiec złocisty (*Staphylococcus aureus*), jest jednym z najczęściej izolowanych drobnoustrojów, zarówno w przypadku zakażeń szpitalnych, jak i pozaszpitalnych. Zakażenie szpitalne wywołane przez gronkowca złocistego dotyczy najczęściej układu oddechowego (20%) i ran operacyjnych (19%). Każde wyizolowanie szczepu gronkowca powinno być rozprawiane indywidualnie w odniesieniu do próbki materiału, lokalizacji zakażenia, wieku, układu odpornościowego, czynników ryzyka.

Pałeczki niefermentujące z rodzaju *Acinetobacter* stanowią jeden z najbardziej narastających problemów w medycynie zakażeń i to zarówno ze względów epidemiologicznych, jak i terapeutycznych. Stawia one w wielu szpitalach główny czynnik zakażeń. Pałeczki *Acinetobacter* mogą utrzymywać się miesiącami w nieożywionym środowisku szpitala. Niewłaściwe procedury higieniczne, złe przygotowywanie środków dezynfekujących, a także kolonizowanie sprzętu, aparatury, pościeli powodują, że rezerwuuar tego drobnoustroju jest bardzo szeroki, a możliwość wstąpienia zakażenia u pacjenta hospitalizowanego - duża. Czynnikiem ryzyka jest również nadużywanie i niewłaściwe stosowanie antybiotyków.

Gronkowce naskórkowe najczęściej odpowiadają za zakażenie związane z ciałami obcymi, wszczepionymi w związku z zabiegiem operacyjnym.

/opinia biegłej dr n. med. A. M., k. 287-292, pisemna opinia uzupełniająca, k. 388-393; ustna opinia uzupełniająca, protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:45:12, k. 485v/

Flora saprofityczna występuje naturalnie na skórze człowieka. Jeżeli jednak flora jest pobierana z materiału ropnego nie można mówić, że koegzystencja człowieka i bakterii jest prawidłowa, bezpieczna.

O patogenie nie decydują wyniki badań bakteriologicznych – mają one drugorzędne znaczenie. Decyduje o tym klinika - czyli ewidentne objawy zakażenia, ocena występujących bądź nie występujących objawów infekcyjnych. O tym, czy rana jest zakażona, przesądza obraz kliniczny. Jeśli występuje przetoka – tj. jest otwór z ciekącą ropą to klinicznie nie ma wątpliwości, co do obecności zakażenia, bez względu na to, czy wyhodowano bakterię, czy też nie. Badanie bakteriologiczne ma charakter pomocniczy.

/ustna opinia uzupełniająca biegłej A. M., protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:45:12 – 00:52:04, k. 485v/

Do zakażenia powoda „mieszana florą bakteryjną saprofityczną”, która mogła być stwierdzonym następnie u powoda Gronkowcem koagulazoujemny metycylinoopornym doszło z dużym prawdopodobieństwem w pozwanej placówce medycznej. Wynika to z przebiegu zakażenia: wystąpienie pierwszych jego objawów (objawów klinicznych) w dniu 28 października 2007 r., a więc pięć dni po zabiegu operacyjnym – dają podstawę do stwierdzenia, że zabieg ten był źródłem zakażenia.

Za taką konstatacją przemawiają również działania pozwanej placówki dotyczące zapobieganiu zakażeniom szpitalnym: szkolenia i prace z personelem, a więc kwestie teoretyczne były prowadzone wzorowo, jednakże sam system zapobiegania zakażeniom szpitalnym w praktyce - nie działał dobrze. O wartości badań nie decyduje sama sprawozdawczość - zasadnicze znaczenie ma to, czy i jakie działania zostały podjęte.

Zakres cierpień powoda, w związku z zakażeniem szpitalnym, jest ogromny zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, a także rodzinno-społecznej.

Uszczerbek na zdrowiu W. R., oceniany w tymże aspekcie, przy uwzględnieniu wcześniejszych zabiegów stawu kolanowego wynosi **30 %**, przy czym ma on charakter minimalny i może postępować.

W związku z powstałymi na skutek zakażenia powikłań, powód wymagał i w dalszym ciągu wymaga pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego.

Rokowania na przyszłość powoda są nieopomyślne, gdyż nieopanowanie powstałego stanu zapalnego, przez kilka lat stanowi realne zagrożenie dla ogólnego stanu zdrowia powoda (stwarza ryzyko sepsy). Stan zapalny wywołany zakażeniem, spowodował o organizmie powoda zniszczenia stawu, struktury kości. Może prowadzić do dalszej postępującej destrukcji kości i okolicznych tkanek.

/opinia biegłej dr n. med. A. M., k. 287-292, pisemna opinia uzupełniająca, k. 388-393; ustna opinia uzupełniająca, protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 01:21:29 – 02:35:55, k. 485v/

Z punktu widzenia ortopedii, zakażenie powoda miało decydujący i negatywny wpływ na rezultat operacji ortopedycznej wykonanej w dniu 23 października 2007 r., w pozwanej placówce medycznej. Ostatecznie doszło do zniekształcenia i pełnej ankylozy (usztynnienia) prawego stawu skokowego. Nadto utrzymuje się przewlekły stan zapalny kości z czynną przetoką.

Trwały uszczerbek na zdrowiu powoda, w tymże aspekcie - powstały jedynie w wyniku zakażenia wynosi **20 %**, według poz. 163 B Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 18.12.2002 r. w sprawie szczegółowych zasad

orzekania o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu, trybu postępowania przy ustalaniu tego uszczerbku oraz postępowania o wypłatę jednorazowego odszkodowania (Dz.U. 2002 nr 234 poz. 1974).. Należy mieć na uwadze, że powód na skutek upadku doznał ciężkiego złamania w okolicy prawego stawu skokowego. Tego typu złamania, przy prawidłowym leczeniu goją się zawsze z pozostawieniem zniekształcenia i ograniczenia ruchomości stawu skokowego. Ocena trwałego uszczerbku – dotycząca tylko i wyłącznie złamania - nie przekraczałaby wówczas 20 %. Dlatego też, doznane na skutek zakażenia szpitalnego powikłania zwiększają wielkość uszczerbku, doznanego w związku z upadkiem z 20 % do 40 %.

Zakażenie szpitalne wydłużyło okres leczenia powoda. Infekcyjny stan zapalny zaistniały u powoda po operacji spowodował powstanie przewlekłego zapalenia kości z czynną przetoką. Stan taki utrzymuje się 7 lat i wymaga dalszego leczenia. W przypadku niezaistnienia powikłań, leczenie powoda – w związku z doznanym urazem mogło zakończyć się w ciągu pół roku do 12 miesięcy. Sam fakt zakażenia, wydłużył leczenie powoda. Nadto zakażenie utrudniło rehabilitację. Prowadzenie rehabilitacji wymagało staranności i uwagi, żeby nie wprowadzić zakorzenienia.

Rokowania na przyszłość co do stanu zdrowia powoda są trudne. Leczenie bakteryjnych przewlekłych zapaleń kości jest jednym z najtrudniejszych problemów współczesnej chirurgii narządów ruchu. Nie można wykluczyć, że u powoda, w ciągu dalszych kilku lat dojdzie do zamknięcia się przetoki na skutek samoistnego jej wypełnienia od dna i ostatecznego wygojenia stanu zapalnego. Pozostanie jednak całkowite usztywnienie prawego stawu skokowego, zaburzenia statyki stopy, i dynamiki chodu. Będzie to sprzyjało powstaniu zmian zwyrodnieniowych w pozostałych stawach stopy. Nie można również wykluczyć dalszego przewlekłego utrzymywania się infekcyjnego stanu zapalnego kości systematycznego zatruwania organizmu toksynami bakteryjnymi i ostatecznie powstania groźnej niewydolności narządów miękkich.

/opinia biegłego chirurga ortopedy dr n. med. A. W., k./ 421-424, ustna opinia uzupełniająca, protokół rozprawy z dnia 29 października 2015 r., 00:02:17, k. 484v/

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie powołanych dowodów w postaci dokumentów, opinii biegłych sądowych, jak również zeznań powoda oraz przesłuchanych świadków, przy czym Sąd pominął w swoich rozważaniach zeznania świadka P. D., z uwagi na okoliczność, iż nie wniosły one nic istotnego do sprawy - świadek zeznał, iż kojarzy osobę powoda, nie mniej jednak – nie był w stanie podać żadnej informacji związanej z jego przypadkiem medycznym oraz okolicznościami jego ponownego przyjęcia do (...) szpitala na początku roku 2009.

Wydane przez biegłych lekarzy opinie Sąd uznał za rzetelne, fachowe i wyjaśniające wszystkie, konieczne do rozstrzygnięcia sprawy kwestie. Zostały one sporządzone zgodnie z tezami dowodowymi, w oparciu o analizę akt sprawy, zaś wszelkie zgłaszane przez strony wątpliwości, zostały wyjaśnione w opiniach uzupełniających.

Biegli dokonali oceny procentowego uszczerbku na zdrowiu powoda. Biegła do spraw chorób zakaźnych, oceniła uszczerbek na zdrowiu powoda, w związku z zakażeniem szpitalnym na poziomie 30 % (przy czym zaznaczyła, że jest to wartość minimalna i uszczerbek może postępować), zaś biegły ortopeda – na poziomie 20 %.

Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał, że stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powoda, ustalony, w oparciu o powołane dowody z opinii biegłych sądowych, wyniósł w sumie 50 %.

Na rozprawach w dniach 29 października 2015 r. i 15 lutego 2016 r., Sąd oddalił wnioski dowodowe strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii innego biegłego do spraw zakażeń.

Należy mieć na uwadze, że składane przez strony w toku procesu wnioski dowodowe muszą być uzasadnione, zaś sam fakt niezadowolenia strony pozwanej z wniosków opinii nie jest wystarczającą przesłanką dopuszczenia dowodu z opinii innych biegłego tej samej specjalności. Sąd więc oddalił wniosek pozwanego - jako zbędny dla ustalenia okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i jako taki zmierzający wyłącznie do niecelowego przedłużania postępowania.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Kwestią, którą Sąd w pierwszej kolejności winien rozważyć w niniejszej sprawie, jest dopuszczalność dochodzenia roszczenia przez powoda, z uwagi na ustawowy okres przedawnienia oraz fakt podniesienia zarzutu przedawnienia przez pozwanego.

Strona pozwana, w treści odpowiedzi na pozew, podniosła zarzut przedawnienia roszczeń powoda, powołując się na treść art. 442¹ § 1 i 3 k.c..

Stosownie do treści § 1 powołanego wyżej przepisu, roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym ulega przedawnieniu z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia, przy czym termin ten nie może być dłuższy niż dziesięć lat od dnia, w którym nastąpiło zdarzenie wywołujące szkodę. Istotne zaś odstępstwo od ogólnych reguł zawartych w art. 442¹ § 1 k.c. dotyczy przedawnienia roszczeń o naprawienie szkód na osobie. Polega ono na rezygnacji z oznaczenia przedawnienia przez wskazanie terminu liczonego a tempore facti. Przepis art. 442¹ § 3 k.c. oznacza termin przedawnienia roszczeń w razie wyrządzenia szkody na osobie wyłącznie a tempore scientiae: przedawnienie nie może skończyć się wcześniej niż z upływem lat trzech od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o szkodzie i o osobie obowiązanej do jej naprawienia.

Według pozwanego, W. R. o szkodzie i osobie, w jego mniemaniu odpowiedzialnej za szkodę, dowiedział się w dniu 10 lutego 2009 r., po uzyskaniu wyników przeprowadzonego w Wojewódzkim Szpitalu (...) w Ł. badania (i jest to według pozwanego, termin początkowy, od którego rozpoczyna swój bieg przedawnienie), pozew zaś został złożony 14 stycznia 2013 r., a więc po upływie trzyletniego ustawowego okresu.

Sąd nie uwzględnił zarzutu przedawnienia zgłoszonego przez pozwanego Szpitala na w treści odpowiedzi na pozew, jako sprzecznego z zasadami współzycia społecznego (art. 5 k.c.).

Ponieważ chwilą określającą początek trzyletniego biegu przedawnienia jest moment „dowiedzenia się o szkodzie” i „osobie obowiązanej do jej naprawienia”, a nie o zakresie szkody czy trwałości jej następstw, dlatego uznaje się, że jest to moment, gdy poszkodowany zdaje sobie sprawę z ujemnych następstw zdarzenia wskazujących na fakt powstania szkody i ma świadomość doznanej szkody (por. wyrok SN z dnia 18 września 2002 r., III CKN 597/2000, niepubl.; wyrok SA w Poznaniu z dnia 21 marca 2006 r., I ACa 1116/05, LEX nr 19451810; wyrok SA w Krakowie z dnia 5 maja 2010 r., III APa 4/10, OSA 2011, z. 3, poz. 91). W przypadku W. R., początek biegu terminu 3-letniego należy wiązać z momentem dowiedzenia się, że wykryta w jego organizmie bakteria gronkowca, jest tzw. zakażeniem szpitalnym, co miało miejsce w połowie 2009 r., podczas wizyty w przychodni przy ul. (...) w Ł..

Bieg przedawnienia przerywa się przez każdą czynność przed sądem lub innym organem powołanym do rozpoznawania spraw lub egzekwowania roszczeń danego rodzaju albo przed sądem polubownym, przedsięwziętą bezpośrednio w celu dochodzenia lub ustalenia albo zaspokojenia lub zabezpieczenia roszczenia (art. 123 § 1 pkt 1 k.c.)

O okoliczności obecności w organizmie bakterii gronkowca – powód dowiedział dopiero, po uzyskaniu przeprowadzonych we własnym zakresie wyników badań, co miało miejsce w lutym 2009 roku. O tym zaś, co może być przyczyną takiego zakażenia (a więc, że jest to zakażenie szpitalne), uzyskał wiedzę nieznacznie później – jak sam zeznał „w połowie roku 2009”. Należy więc stwierdzić, iż od tego momentu rozpoczął swój bieg termin przedawnienia roszczenia, który został przerwany dopiero złożeniem pozwu, tj. w dniu 14 stycznia 2013 r., a więc z przekroczeniem terminu 3-letniego.

W ocenie Sądu, uwzględnieniu zarzutu przedawnienia sprzeciwiają się zasady współzycia społecznego (art. 5 k.c.). W realiach niniejszej sprawy, okoliczność zakażenia powoda bakterią gronkowca, nie była dla niego rzeczą do końca oczywistą. Od momentu feralnego upadku, w wyniku którego doznał dość poważnego złamania, powód znajdował się pod stałą opieką lekarzy. Zatem mógł pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, że wszelkie czynności wykonywane

względem jego osoby, przeprowadzane są w sposób prawidłowy, zaś ewentualne niepokojące objawy, są jednym z etapów gojenia i rekonwalescencji. Zresztą sam powód z takiego przekonania nie był wyprowadzany. Leczył się u pozwanego bezskutecznie ponad 2 lata, ufając wiedzy i rzetelności zatrudnionego tam personelu medycznego. Ten zaś, nawet po uzyskaniu wyników posiewu, stwierdzających okoliczność zakażenia powoda bakterią gronkowca, nie udzielił powodowi stosownych informacji w tym zakresie, nie poinformował o przyczynach, możliwym źródle zakażenia, objawach, skutkach, czy też sposobie leczenia. Powód do końca przekonywany był, że obecność bakterii w wyniku badania, nie jest w żaden sposób powiązana z zaistniałymi powikłaniami, zaś wyhodowana bakteria występuje u każdego człowieka na skórze. Zauważyć przy tym należy, że zapewnienia personelu pozostawały w sprzeczności z jego postępowaniem – świadczy o tym chociażby decyzja o umieszczeniu powoda w izolatce, po zapoznaniu się z wynikami przeprowadzonymi w Szpitalu im. (...) w Ł..

Jednocześnie, w ocenie Sądu, okoliczność złożenia pozwu, około pół roku po upływie terminu przedawnienia roszczenia, nie czyni uchybienia powoda znacznym. Kilkumiesięczne opóźnienie w złożeniu pozwu nie powinno stanąć na drodze do pociągnięcia do odpowiedzialności cywilnej winnych cierpień fizycznych i psychicznych powoda, który od ponad 7 lat boryka się z powikłaniami doznanego złamania (które przy niepowikłaniowym przebiegu – wygoiło by się góra rok po wypadku) i co do którego stanu zdrowia – rokowania nie są pomyślne.

W niniejszej sprawie powód wskazał, że ostatecznie dochodzone roszczenie o zadośćuczynienie i odszkodowanie wiąże z zakażeniem bakterią gronkowca podczas hospitalizacji w pozwanym szpitalu. W związku z powyższym zasadność roszczenia należy rozważać na podstawie przepisu art. 416 k.c. oraz art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. Pozwana placówka medyczna ma status samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (odpis KRS, k. 173-178). Posiada więc – od chwili wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego – osobowość prawną. W sytuacji zaś, gdy pacjent w związku z leczeniem w takiej placówce ponosi szkodę w wyniku nie zapewnienia mu bezpiecznych warunków leczenia, pozwalających na uniknięcie zakażenia, należy zbadać czy doszło do niedopełnienia przez osoby zarządzające szpitalem i jego personel obowiązków zachowania należytej staranności przy wykonywaniu swoich funkcji, które uzasadnia odpowiedzialność szpitala na podstawie art. 416 k.c., a z racji relacji zwierzchnictwa i podporządkowania na podstawie art. 430 k.c. w związku z art. 415 k.c. (por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 28 lutego 2013 r., I ACa 91/13, LEX nr 1314856).

Zgodnie z przepisem art. 416 k.c., osoba prawna jest obowiązana do naprawienia szkody wyrządzonej z winy jej organu, w myśl zaś powołanego powyżej przepisu art. 430 k.c. kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy wykonywaniu tej czynności podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek, ten jest odpowiedzialny za szkodę wyrządzoną z winy tej osoby przy wykonywaniu powierzonej jej czynności.

Między osobą powierzającą wykonanie czynności a tym, komu czynność powierzono, musi istnieć stosunek zwierzchnictwa i podporządkowania. Zwierzchnikiem jest ten, kto na własny rachunek powierza wykonanie czynności osobie, która przy jej wykonywaniu podlega jego kierownictwu i ma obowiązek stosować się do jego wskazówek. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że chodzi o pojęcie podporządkowania ogólnoorganizacyjnego. W konsekwencji, stosunkiem podporządkowania obejmuje się także działania zatrudnionych w zakładzie fachowców, którym przysługuje stosunkowo szeroki zakres samodzielności w podejmowaniu decyzji np. w odniesieniu do działania lekarzy w zakresie diagnozy i terapii czy też innego personelu medycznego. Wobec tego zakład opieki zdrowotnej ponosi odpowiedzialność za błędy organizacyjne i zaniedbania personelu medycznego oraz za naruszenie standardów postępowania i procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, skutkiem czego są poważne szkody doznane przez pacjenta (tak Sąd Apelacyjny w Rzeszowie w wyroku z dnia 12 października 2006 roku, I ACa 377/06, LEX nr 526714).

Mając na uwadze powyższe, należy w niniejszej sprawie dokonać oceny, czy podczas hospitalizacji powoda miał miejsce zarzucany błąd organizacyjny zwierzchników Szpitala bądź zawinione działanie lub zaniechanie personelu Szpitala, a w nadto czy powód doznał w wyniku tego zaniedbania szkody oraz czy istnieje związek przyczynowy między owym działaniem lub zaniechaniem a szkodą.

Powoda, zgodnie z zasadą rozkładu ciężaru dowodu w procesie, obciążał obowiązkiem wykazania związku przyczynowego między pobytem w pozwany Szpitalu, a zakażeniem tą bakterią. Ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że do bakteryjnego zakażenia W. R. - doszło na skutek działań lub zaniechań personelu medycznego w procesie leczenia w pozwany Szpitalu. Sąd miał w tym względzie na uwadze okoliczność, że do przyjęcia istnienia związku przyczynowego między zaniedbaniami personelu medycznego a szkodą pacjenta wystarcza ustalenie wysokiego czy też przeważającego prawdopodobieństwa tegoż związku, nie zaś pewności (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 czerwca 1969 r., II CR 165/69, OSPiKA 1969, nr 7-8, poz. 155, z dnia 5 lipca 1967 r., I PR 174/67, OSN 1968, nr 2, poz. 26, z dnia 14 grudnia 1973 r., II CR 692/73, OSPiKA 1975/4/94, z dnia 28 października 1983 r., II CR 358/83, OSPiKA 1984/9/187, z dnia 27 lutego 1998 r., II CKN 625/97, PiM 1999/3/130, również SA w Poznaniu w wyroku z dnia 17 stycznia 2006 r., I Aca 1983/04, LEX nr 186503). W takiej sytuacji ciężar wykazania innej, co najmniej równie lub bardziej prawdopodobnej, przyczyny zakażenia pacjenta obciąża stronę pozwaną. Pogląd powyższy, utrwalony w orzecznictwie, wynika z faktu praktycznej niemożliwości – ze względu na właściwości procesów biologicznych – przeprowadzenia dowodu bezpośredniego i uzyskania pewności konkretnego źródła i momentu zainfekowania organizmu człowieka. W takich przypadkach, gdy brak jest bezpośrednich środków dowodowych albo istnieją znaczne utrudnienia dowodowe dla wykazania faktu, a jednocześnie jego ustalenie jest możliwe przy zastosowaniu reguł logicznego rozumowania przy uwzględnieniu zasad wiedzy i doświadczenia życiowego, Sąd może posłużyć się konstrukcją domniemania faktycznego przewidzianego w przepisie art. 231 k.p.c. (tak SN w orzeczeniach: z dnia 17 maja 2007 r., III CSK 429/06, LEX nr 274129, z dnia 2 grudnia 2010 r., I CSK 11/10, LEX nr 737365, z dnia 2 czerwca 2010 r., III CSK 245/09, LEX nr 611825). Jednakże by ustalić w ten sposób związek przyczynowy, musi istnieć szereg okoliczności na związek ów wskazujących i w ten sposób czyniących go wysoce prawdopodobnym, a jednocześnie ustalone okoliczności muszą wskazywać na małe prawdopodobieństwo powstania szkody w wyniku innych czynników.

Ustalenie w kwestii przyczyny zakażenia powoda wymagały wiadomości specjalnych, dlatego w tym zakresie Sąd dopuścił dowód z opinii biegłego – specjalisty chorób zakaźnych.

W toku postępowania, biegła sformułowała wniosek, stosownie do którego treści, z dużym prawdopodobieństwem do zakażenia powoda doszło podczas hospitalizacji w pozwany Szpitalu, z powodu złamania kończyny dolnej, co miało miejsce jesienią 2007 r. Świadczyć mają o tym objawy kliniczne zakażenia powoda, tj. wyciek surowiczo – krwisty, ujawniony kilka dni po przeprowadzonym w dniu 25 października 2007 r., zabiegu chirurgicznym (wystąpienie objawów klinicznych, bezpośrednio po wypadku, jest główną podstawą oceny w zakresie źródła powstania zakażenia). Nie bez znaczenia dla wskazania źródła oraz momentu zakażenia, pozostaje również fakt, że sam przebieg powikłania, który wystąpił u powoda jest typowy dla zakażeń ortopedycznych (stwierdzone bakterie najczęściej są związane z ciałami obcymi, które u powoda wszczepiono w związku z przeprowadzoną operacją ortopedyczną).

Na ocenę w zakresie czasu i miejsca powstania zakażenia, wpływają również czynniki o charakterze organizacyjnym, wskazujące, na małą skuteczność wdrażanego w pozwanej placówce systemu zapobiegającego zakażeniom szpitalnym. Zgromadzony w niniejszej sprawie materiał dowodowy w tymże zakresie stwarza uzasadnione wątpliwości, co do tego, czy system zapobiegający zakażeniom szpitalnym działał w (...) szpitalu w sposób prawidłowy. Sam fakt przeprowadzenia przez pozwanego szpitala badań czystościowych, jak również niezadowolające wyniki tychże badań (obecność na przedmiotach stanowiących wyposażenia sali szpitalnych oraz poręczy flory bakteryjnej, w tym szczepu bakterii zakażających, opornych na antybiotyki), zważywszy, że pozwany jest placówką świadczącą pomoc medyczną, a co za tym idzie winien zachowywać szczególne standardy w zakresie staranności – jedynie utwierdza w przekonaniu, co do źródła uszczerbku powoda.

Nadto strona pozwana nie wykazała, by istniało wyższe prawdopodobieństwo, że do zakażenia doszło w wyniku innych przyczyn.

Nie ulega wątpliwości, że placówka medyczna winna tak zorganizować swą pracę, by zminimalizować ryzyko zakażenia pacjentów. Obowiązek ten wynika z przepisu art. 11 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz.U. z 2013 roku, poz. 947). Zgodnie z tym przepisem, na kierownikach

podmiotów leczniczych oraz innych osobach udzielających świadczeń zdrowotnych ciąży obowiązek podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują w szczególności: ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych; monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń; opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżenia przeniesieniu na inne osoby biologicznych czynników chorobotwórczych; wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej; prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Niezależnie jednak od cytowanej normy, obowiązek zapewnienia pacjentom bezpiecznych warunków w trakcie hospitalizacji bądź korzystania z usług medycznych wynika również z podstawowych zasad etycznych. Zgodnie z przyjętym w orzecznictwie i doktrynie poglądem, zakład leczniczy jest zobowiązany do dołożenia należytej staranności w celu ochrony pacjentów przed niebezpieczeństwem zakażenia chorobą zakaźną czy bakterią. Jeżeli naruszenie tego obowiązku powoduje zwiększenie ryzyka infekcji i z tym właśnie ryzykiem łączy się choroba pacjenta, zakład leczniczy ponosi odpowiedzialność za doznaną przez pacjenta szkodę, chyba że przeprowadzi dowód, że szkoda ta jest następstwem innych okoliczności. Konieczność zachowania należytej staranności to między innymi obowiązek szczególnej troski o sprzęt operacyjny, tak by jego użycie nie zagrażało ani życiu ani zdrowiu pacjentów (por. wyrok SN z dnia 11 maja 1983 r., IVCR 118/83, OSNCP Nr 12/1983 poz. 201).

Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, że pozwana placówka medyczna winna podjąć działania uniemożliwiające powodowi zakażenie bakterią gronkowca. Tymczasem u powoda doszło do zakażenia podczas pobytu w pozwanym szpitalu. Ze względów przedstawionych powyżej, ustalenie takiego źródła zakażenia przy spoczywającym na placówce obowiązku zapewnienia W. R. bezpieczeństwa pobytu i procesu leczenia, stanowią wystarczającą podstawę dla przyjęcia, że doszło do zarzucanego działania lub zaniechania personelu Szpitala względnie zawinionej, niewłaściwej organizacji placówki, pozostających w związku przyczynowym z zakażeniem powoda. Jest to rodzaj winy organizacyjnej, którą należy przypisać pozwanemu Szpitalowi. W ocenie sądu nie ulega wątpliwości, iż powód został zakażony w pierwszych dniach pobytu w szpitalu. Z karty zleceń wynika, że zlecono podawanie antybiotyku. Mimo to wystąpiły kliniczne objawy zakażenia, sączenie się z rany, stan zapalny, postępująca martwica tkanek, a prowadzone badania polegające na pobieraniu wymazów z rany potwierdzały występowanie tzw. flory saprofitycznej, która może występować na skórze i nie stanowić patogenu, ale też może być takim patogenem, uznano że powód nie został zakażony. Jednakże w sytuacji podawania antybiotyku, który mógł zakłamywać wynik badania i występowania ostrych objawów klinicznych, te ostatnie decydowały o rozpoznaniu. Dlatego też postępowanie lekarzy było obarczone błędem o ile nie stanowiło próby ukrycia zakażenia.

Lekarze zlekceważyli objawy kliniczne, nie zlecili pogłębionego badania bakteriologicznego i nie zastosowali celowanej terapii antybiotykami. O tym, że lekarze wiedzieli o zakażeniu świadczy także stosownie opatrunku vacum.

W konsekwencji zakażenia powód doznał szkody niemajątkowej, tzw. krzywdy.

Podstawę zasądzenia zadośćuczynienia stanowi natomiast przepis art. 445 §1 k.c. w zw. z art. 444 §1 k.c.

Zadośćuczynienie jest formą rekompensaty pieniężnej z tytułu szkody niemajątkowej i obejmuje swym zakresem wszystkie cierpienia fizyczne i psychiczne, zarówno już doznane, jak i te które mogą powstać w przyszłości. Ma w swej istocie ułatwić przezwyciężenie ujemnych przeżyć. Dzięki niemu winna zostać przywrócona równowaga, zachwiana wskutek popełnienia przez sprawcę czynu niedozwolonego. Ma ono charakter całościowy i winno stanowić ekonomicznie odczuwalną wartość. Wielkość zadośćuczynienia zależy od oceny całokształtu okoliczności

sprawy w tym rozmiar doznanych cierpień, ich intensywności, trwałości, czy nieodwracalnego charakteru. Przy ustalaniu rozmiaru cierpień i ujemnych doznań psychicznych powinny być uwzględniane zobiiektywizowane kryteria oceny, jednakże w relacji do indywidualnych okoliczności danego przypadku. Od osoby odpowiedzialnej za szkodę poszkodowany winien otrzymać sumę pieniężną, o tyle w danych okolicznościach odpowiednią, by mógł za jej pomocą zatrzeć lub złagodzić poczucie krzywdy i odzyskać równowagę psychiczną. Nie ma natomiast podstaw do uwzględnienia żądania w takiej wysokości, by przyznana kwota stanowiła ponadto, ze względu na swoją wysokość, represję majątkową. (vide uchwała pełnego składu Izby Cywilnej SN z dnia 8 grudnia 1973 roku (OSNCP z 1974 r., poz. 145)

Analizując okoliczności faktyczne rozpatrywanej sprawy Sąd uznał za zasadne żądanie zadośćuczynienia kwocie **200.000 zł.**

Przy określeniu wysokości zadośćuczynienia Sąd miał na względzie, że wskutek zakażenia szpitalnego, powód doznał cierpień, zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, jak i rodzinno – społecznej, które należy określić (za biegłą ds. chorób zakaźnych) jako ogromne.

Cierpienia powoda, spowodowane były w głównej mierze przedłużającym się okresem gojenia złamania oraz koniecznością poddawania się kolejnym zabiegom, nieprzynoszącym zadowalających efektów. Należy mieć na uwadze, że przyjęcie pomocy medycznej (będącej w rezultacie źródłem zakażenia szpitalnego), spowodowane było doznaniem złamaniem w okolicy prawego stawu skokowego. Gojenie tego typu złamania, jakiego doznał powód i powrót do sprawności, w przypadku niepowikłaniowego przebiegu, mógłby trwać nie dłużej niż 12 miesięcy. Fakt zakażenia, wydłużył leczenie powoda (które trwa w dalszym ciągu, od 7 lat po zabiegu ortopedycznym), zaś miejscowy stan ropny zakażenia który wystąpił podczas dalszego leczenia doprowadził do destrukcji stawu i kości.

Bez wątplenia konsekwencją zakażenia powoda była konieczność przeprowadzenia kolejnych zabiegów, co również wzmogło dyskomfort powoda powodując dodatkowy stres związany z kolejną procedurą medyczną.

Na rozmiar cierpień powoda niewątpliwie wpływa również fakt, iż rokowania co do stanu zdrowia nie są pomyślne. Dalsze utrzymanie się stanu zapalnego kości, w rezultacie prowadzi do systematycznego zatrutowania organizmu toksynami bakteryjnymi, co może w przyszłości skutkować niewydolnością wielonarządową. Stan zapalny wywołany zakażeniem spowodował w organizmie powoda zniszczenia stawu i struktury kości. Nie można również wykluczyć powstania w przyszłości zmian zwyrodnieniowych stawach stopy powoda.

Bez wpływu na ocenę wysokości należnego powódce zadośćuczynienia nie może pozostać również trwały uszczerbek na zdrowiu związany z przebyłymi urazami, który został oceniony przez biegłych łącznie na 50 %.

Oczywistym jest, że szkody niemajątkowej nie da się wymierzyć w kategoriach ekonomicznych. Uszczerbek na zdrowiu psychicznym i fizycznym powoda w znacznym stopniu nie może zostać zrestytuowany w sposób adekwatny poprzez świadczenia pieniężne. Uszczerbek ten może jednak być złagodzony poprzez dostarczenie powodowi zasądzonej kwoty, która pomoże mu w zaspokojeniu potrzeb niematerialnych zwiększonych na skutek doznanych urazów.

Mając powyższe na uwadze, Sąd uznał, że odpowiednią wartością zadośćuczynienia będzie kwota 200.000 zł, która w ocenie Sądu stanowi ekonomicznie odczuwalną wartość, w perspektywie doznanego przez powoda uszczerbku na zdrowiu oraz znajduje realne odzwierciedlenie w obecnie panujących stosunkach majątkowych.

Kolejne z żądań pozwu – zasądzenia **odszkodowania**, znajduje oparcie w przepisie art. 444 § 1 k.c., zgodnie z którym, w razie uszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia naprawienie szkody obejmuje wszelkie wyniki z tego powodu koszty.

Powód w zakresie odszkodowania zażądał kwoty 6.000 zł, z ustawowymi odsetkami od dnia wytoczenia powództwa do dnia zapłaty,

W ocenie Sądu, w świetle poczynionych ustaleń faktycznych, w konsekwencji przedmiotowego zdarzenia, zasadne były po stronie powoda koszty opieki i pomocy osób trzecich. Konieczność korzystania z pomocy osób trzecich, przy wykonywaniu czynności dnia codziennego, znalazła potwierdzenie, w treści zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego – zeznaniach powoda (stosownie do których, powód wymagał pomocy przy tzw. „samoobsłudze” do trzeciego zabiegu, który miał miejsce w 2009 r.) jak również opinii biegłego do spraw chorób zakaźnych (biegła wskazała, iż w związku z powstałymi na skutek zakażenia powikłaniami powód wymagał i w dalszym ciągu wymaga pomocy osób trzecich przy wykonywaniu czynności dnia codziennego).

Mając na uwadze powyższe, Sąd, na podstawie art. 322 k.c., stanął na stanowisku, że w okresie od stycznia 2008 r. (po wyjściu ze szpitala) do lutego 2009 r., (tj. do trzeciego zabiegu w (...) im.(...)w Z.) powód wymagał opieki osób trzech przy wykonywaniu czynności dnia codziennego w wymiarze 2 godzin dziennie. Przyjmując, że średnia stawka wynagrodzenia opiekunek społecznych za jedną godzinę pracy latach 2008 – 2009, wynosiła 7 zł za godzinę, w wyżej wymienionym przedziale czasowym, koszty opieki nad powodem wyniosły, **ok. 5.880 zł** (14 miesięcy, tj. 430 dni x 7 zł/godz. x 2 godz.).

Nadto, Sąd uznał, iż zasadne były również wydatki, poniesione przez powoda, w związku koniecznością odbywania prywatnych wizyt lekarskich, w związku z czyszczeniem rany (tj. 150 zł za wizytę), koszty zakupu leków oraz środków opatrunkowych (powód wykazał, że od lipca 2012 do lutego 2013 r., poniósł z tego tytułu wydatek ok. 830 zł) oraz koszty opatrunków VACC (koszt 3.500 zł za dwa zabiegi, zgodnie z treścią zeznań powoda).

Tym samym, wszelkie koszty związane ze zwiększonymi potrzebami powoda, poniesione w związku z konsekwencjami zakażenia szpitalnego, wykraczają ponad kwotę żądania pozwu. Z uwagi jednak na zasadę określoną w art. 321 § 1 k.p.c., stosownie do której Sąd nie może wyrokować co do przedmiotu który nie był objęty żądaniem, ani zasądzić ponad żądanie – należało przyznać powodowi odszkodowanie w kwocie **6.000 zł**, zgodnie z żądaniem pozwu.

W myśl art. 359 § 1 k.c. odsetki od sumy pieniężnej należą się tylko wtedy, gdy to wynika z czynności prawnej albo z ustawy, z orzeczenia sądu lub decyzji innego właściwego organu. W niniejszej sprawie źródłem roszczenia o odsetki jest przepis art. 481 § 1 k.c., zgodnie z którym dłużnik, który nie spełnia świadczenia w odpowiednim terminie dopuszcza się opóźnienia i wierzyciel może żądać odsetek za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego.

Stosownie do treści art. 455 k.c. roszczenie staje się wymagalne wraz z nadejściem terminu do spełnienia świadczenia. Jeżeli termin ten nie jest oznaczony, ani nie wynika z właściwości zobowiązania, świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do wykonania. Roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej czynem niedozwolonym staje się wymagalne dopiero po wezwaniu dłużnika do wykonania świadczenia (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 9 marca 1973 r. I CR 55/73, niepublikowane). Z charakteru świadczenia, którego wysokość ze swej istoty jest trudno wymierna i zależna od szeregu okoliczności związanych z następstwami zdarzenia szkodowego, wynika, że obowiązek jego niezwłocznego spełnienia powstaje po wezwaniu dłużnika i że od tego momentu należą się odsetki za opóźnienie.

W rozpoznawanej sprawie – terminy wymagalności poszczególnych roszczeń przedstawiają się następująco.

Jeśli chodzi o zadośćuczynienie, datą wezwania zobowiązanego, w osobie pozwanego szpitala, w zakresie kwoty 74.000 zł była data doręczenia stronie pozwanej pozwu, co nastąpiło w dniu 6 marca 2013 r. (k.84), a zatem strona pozwana pozostawała w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia w tej wysokości, poczynając od 7 marca 2013 r., Z powyższych względów, odsetki za opóźnienie w zapłacie zadośćuczynienia w zakresie kwoty 74.000 zł (pierwotnie żądanej pozwem), należało zasądzić, od dnia 7 marca 2013 r., a nie jak chciał tego powód od dnia 14 stycznia 2013 r., tj. od dni wytoczenia powództwa (w tym zakresie powództwo zostało oddalone).

Natomiast w zakresie zadośćuczynienia w kwocie 46.000 zł. (o którą powód pismem z dnia 2 kwietnia 2015 r., rozszerzył żądania co do zadośćuczynienia), za datę wezwania do zapłaty należy uznać datę doręczenia stronie pozwanej odpisu pisma zawierającego rozszerzenie pozwu. Pismo, rozszerzające powództwo w tym zakresie zostało

nadane stronie pozwanej w urzędzie pocztowym w dniu 2 kwietnia 2015 r. (k.451). Sąd nie dysponował zwrotnym poświadczeniem odbioru tego pisma przez , dlatego też przyjął, do wyliczeń okres pełnej awizacji, ustalając, że pismo doręczono pozwanemu najpóźniej po upływie 14 dniu, a zatem od dnia następnego, tj. 17 kwietnia 2015 r., pozwany pozostaje w opóźnieniu w wypłacie świadczenia w tej wysokości.

W zakresie zaś zadośćuczynienia w kwocie 80.000 zł. (o którą powód pismem z dnia 25 stycznia 2016 r., rozszerzył żądania co do zadośćuczynienia), za datę wezwania do zapłaty należy również uznać datę doręczenia stronie pozwanej odpisu pisma zawierającego rozszerzenie pozwu. Pismo, rozszerzające powództwo w tym zakresie zostało nadane stronie pozwanej w urzędzie pocztowym w dniu 25 stycznia 2016 r. (zwrotne poświadczenie odbioru przypięte do k. 504). Sąd nie dysponował zwrotnym poświadczeniem odbioru tego pisma przez stronę pozwaną, dlatego też przyjął, do wyliczeń okres pełnej awizacji, ustalając, że pismo doręczono pozwanemu najpóźniej po upływie 14 dniu, a zatem od dnia następnego, tj. 10 lutego 2016 r., pozwany pozostaje w opóźnieniu w wypłacie świadczenia w tej wysokości.

Odsetki za opóźnienie w zapłacie odszkodowania Sąd zasądził w analogiczny sposób, do tego, zastosowanego w zakresie kwoty 74.000 zł tytułem zadośćuczynienia, a więc od dnia następującego po dniu, w którym nastąpiło doręczenia stronie pozwanej pozwu, tj. od 7 marca 2013 r., gdyż od tego momentu pozwany poinformowany o żądaniu pozostaje w opóźnieniu w co do obowiązku jego spełnienia.

W pozostałym zakresie Sąd oddalił żądanie w zakresie odsetek, jako nieuzasadnione.

Ponieważ nie jest obecnie możliwe ustalenie, czy i jakie skutki zakażenia, nie objęte przedmiotem niniejszego sporu, mogą się ujawnić w przyszłości, należało uznać istnienie po stronie powoda interesu prawnego w ustaleniu odpowiedzialności strony pozwanej za następstwa zdarzenia, jakie mogą ujawnić się w przyszłości i na podstawie art. 189 k.p.c.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.. W. R., w związku z częściowym zwolnieniem od kosztów sądowych (postanowieniem z dnia 21 stycznia 2013 r., powód został zwolniony od kosztów sądowych ponad 200 zł każdorazowej należności, k.77), poniósł koszty procesu w łącznej kwocie 7.617 zł., obejmujące: opłatę od pozwu – w kwocie 200 zł, wynagrodzenie pełnomocnika w kwocie 7.200 zł. wraz z opłatą skarbową od pełnomocnictwa - 17 zł oraz wynagrodzenia biegłych sądowych w kwocie 200 zł. Z uwagi na to, iż powództwo zostało oddalone jedynie w niewielkiej części, Sąd obciążył obowiązkiem zwrotu kosztów procesu poniesionych przez przeciwnika – pozwanego, zgodnie z zasadą wyrażoną w treści art. 98 k.p.c..

W myśl art. 113 ust. 1 ustawy z 28 lipca 2005r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., Nr 1025 ze zm.) w zw. z art. 98 k.p.c. kosztami sądowymi, których strona nie miała obowiązku uiścić, sąd w orzeczeniu kończącym obciąży przeciwnika, jeżeli istnieją ku temu podstawy, przy odpowiednim zastosowaniu zasad obowiązujących przy zwrocie kosztów procesu.

Z uwagi na okoliczność, iż postanowieniem z dnia 21 stycznia 2013 roku Sąd Okręgowy w Łodzi zwolnił powoda od kosztów sądowych ponad kwotę 200 zł każdorazowej należności, jak również to, że w toku procesu doszło do rozszerzenia żądania pozwu, powstały nieuiszczone koszty sądowe, pokryte tymczasowo przez Skarb Państwa obejmujące: opłatę sądową od pozwu, opłatę od rozszerzonej części powództwa oraz wydatki na poczet wynagrodzenia biegłych lekarzy, razem: **12.717,40 zł.**

Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do dyspozycji w/w przepisu należało obciążyć pozwanego, jako stronę przegrywającą proces.